



File No: .....

Date: 27/7/19

Date: ... /27/ يوليو / 2019 .

File Number: 1002561

Patient Name: Reema Mohamed

إسم المريض: .....

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 24/01/1985

Marital Status (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality (الجنسية): Syrian

Occupation (الوظيفة): Engineer

Address (العنوان): Doha, Qatar

Phone No. (رقم الهاتف): 55-7659-449

E-MAIL: reema.men.zalga@yahoo.com

How did you know about us: friend

التاريخ الطبي	Medical History	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل
الحالة الطبية <td>Medical Condition</td> <td></td> <td></td>	Medical Condition		
هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	Recent or current drugs/Medical Treatment		No
هل تتعاطى أي مثبطات للمناعة؟	Corticosteroids/Immunosuppressant		No
هل لديك أي حساسية؟	Allergies		No
هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	Surgical Operations, Serious Illness		No
جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease		No
هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants		No
انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	Anemia, Leukemia		No
أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other		simple cold/flu
هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Renal, Urinary, Sexually transmitted disease		No
هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems		No
التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases		No
قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other		No
هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Epilepsy, or any other neurological disease		No
هل تعاليت من مرض الغدة الدرقية؟	Thyroid Diseases, Diabetes		No
هل تعاليت من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط HSV, HIV...etc	Other conditions		No



### Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: 27.10.2019 .

### نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي إلى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فتحي الملف صحيفته و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها بدون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم بون السن القانونية):

التاريخ: .... / .... / .....

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (مصلحة الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (مضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization  
عمليات سابقة ، اإخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (عقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQXO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

**Public Data Verification report****File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False  
 Modifiable Data (SF5) False  
 Holder Signature Image (SF7) False  
 Photography False  
 Home Address False  
 Work Address False

**Card Holder Information**

Name	Reem,Mohammed,Abdul	IDN:	784198554614374	Mother Name:	
Name (Ar)	ريم محمد عبد الهب منزالي	Card Number:	092319200	Mother Name (Ar):	
Title		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	24/12/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	21/12/2020	Date of Birth:	04/01/1985	Sponsor Name:	كلينغ كونست جى ام بى اتش فرع دبي
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	02	Residency Number:	20120182851649	Residency Expiry:	21/12/2020
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

7/27/2019



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق Kindly Answer the following Questions Precisely

هل أنت حامل أو تقيمن بالإرضاع حالياً؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا	هل أنت حامل أو تقيمن بالإرضاع حالياً؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / لا
هل لديك اي حساسية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل لديك اي حساسية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تتلقى اي علاجات حالياً؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....
ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل عانيت من أي أمراض مناعية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تعاني من أي التهابات أو أمراض جلدية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مسيلات للدم؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تتناول أي ستيرويدات أو أسبرين أو مسيلات للدم؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تعاني من أي حساسية خصوصاً تجاه حمض الهيالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكاين؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تعاني من تضخم الثدي؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تعاني من أي مشاكل أو أمراض قلبية؟ نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا
إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....	إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead. The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

Patient Name and Signature

اسم المريض والتوقيع

Date: 27/07/2019

التاريخ: ... / ... / .....

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس والفيلر.

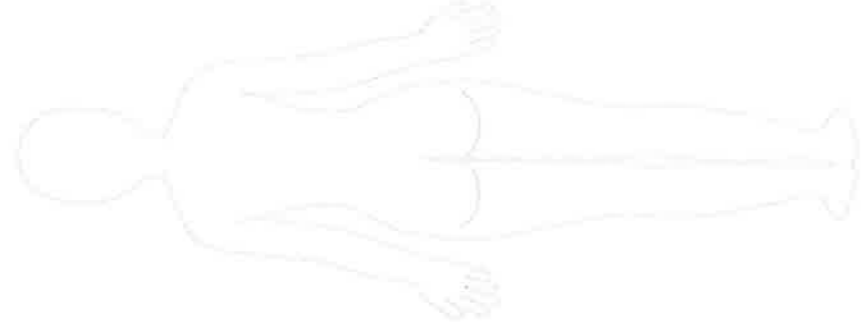
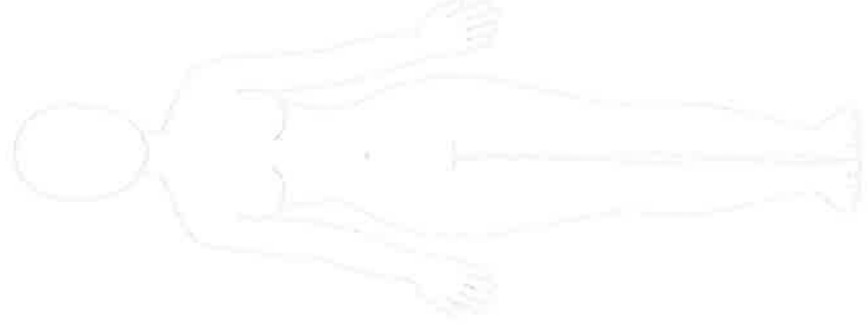
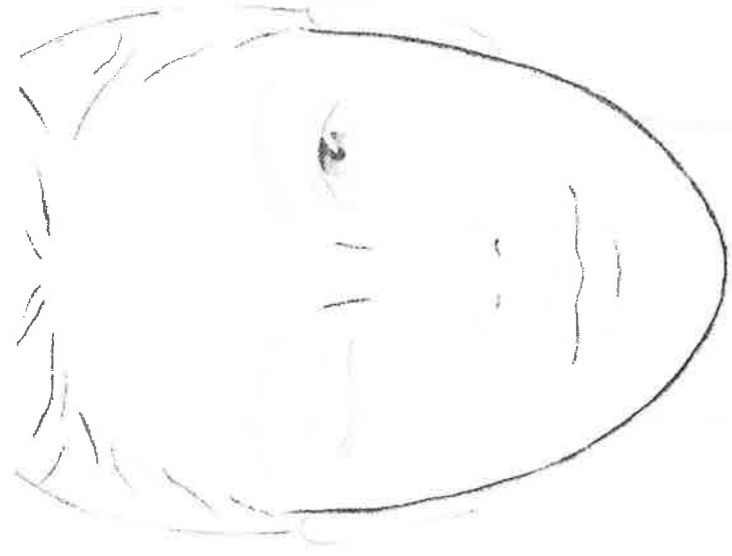
أتفهم أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري وأنني قد وقعت هذا القرار بإرادتي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر/البوتوكس لإعادة التمشيد للوجه وتحسين مظهر الشفاه وتغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة وحول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل وأنني سوف أوجه جميع الأسئلة والاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل وبعد العلاج.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا لقرار والتقييم (أو تمت قرأته لي وأنا على علم بمحتواه) وأن جميع استلثي واستفساراتي قد أُجيبت بالكامل وبشكل مرضٍ.

أقر أنني على علم بكامل الخطار والمضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج وأتفهم أن لا ضمانات قد قدمت لي لنتائج هذا الإجراء الطبي.

وأشيد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل وصحيح وأنني أتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.



**Filler Injection Log**

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

**Botox Injection Log**

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....





مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004508)

Date:27-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002561 - REEM MNZALGY - 971557659440

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,260.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **27-07-2019**

Being **LIPS FILLER + VAT**

Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1002561 - REEM MNZALGY - 971557659440

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)